



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

## **Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

Grado en Enfermería

### **TRABAJO FIN DE GRADO**

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

**“ABUSO SEXUAL INFANTIL: CONSECUENCIAS Y ESTRATEGIAS  
DE AFRONTAMIENTO”**

**Estudiante:** Fátima Lomba Cardoso

**Tutor:** Dr. Ángel Luis Montejo González

**Salamanca, mayo 2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Historia.....	5
1.2 ¿Qué es el abuso sexual infantil? .....	5
1.3 Epidemiología: Incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil .....	6
1.4 Clasificación.....	8
1.5 Factores de riesgo.....	9
2. OBJETIVOS .....	10
2.1 Objetivo principal.....	10
2.2 Objetivo secundario .....	10
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	10
4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	15
4.1 Factores que intervienen en los efectos del abuso sexual infantil.....	15
4.1.1 Características del abuso, de la víctima y del agresor .....	15
4.1.2 Factores situacionales .....	16
4.1.3 Estrategias de afrontamiento.....	17
4.2 Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil .....	18
4.2.1 Consecuencias a corto plazo .....	18
4.2.2 Consecuencias a largo plazo .....	19
4.3 Prevención del abuso sexual infantil.....	21
4.3.1 Niveles de prevención.....	21
4.4 Detección del abuso sexual infantil.....	22
5. CONCLUSIÓN .....	23
6. BIBLIOGRAFÍA .....	25

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**ASI:** Abuso sexual infantil

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**NCCAN:** National Center on Child Abuse and Neglect

**MCS:** Maltreatment Classification System

**LONGSCAN:** Estudio Longitudinal sobre Maltrato y Negligencia de los Menores

**ECPAT:** End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes

**FAPMI:** Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil

**FAPap:** Plan de Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria

**TEPT:** Trastorno de estrés postraumático

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El abuso sexual infantil es un importante problema social que afecta a un gran número de niños/as, de ambos sexos, de todas las edades, en todas las culturas y clases sociales. Constituye un tipo de maltrato que interfiere en el desarrollo del menor, provocando un grave impacto en su salud física y psicológica. Se trata de un problema de difícil detección debido a que un gran número de niños/as no lo revelan o lo hacen en la edad adulta.

**Objetivo:** El presente trabajo tiene como finalidad conocer las consecuencias a corto y largo plazo del ASI, además de identificar las principales estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas.

**Metodología:** Se trata de una revisión bibliográfica sistemática en la que se han consultado las bases de datos Pubmed, Revisiones Cochrane y Elsevier, libros y revistas electrónicas y recursos de la Biblioteca de la Universidad de Salamanca.

**Resultados:** Las principales consecuencias del abuso sexual infantil son la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ideación suicida, los problemas de salud física y los comportamientos sexuales de riesgo. Para enfrentar este tipo de maltrato, las víctimas emplean diferentes estrategias de afrontamiento, entre las que destacan la aproximación y evitación.

**Conclusión:** Los efectos del ASI y las estrategias de afrontamiento empleadas dependen de numerosos factores como la gravedad, duración o frecuencia del abuso o del apoyo social recibido. Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en la detección y abordaje de esta problemática.

**Palabras clave:** *abuso sexual infantil, incidencia, consecuencias y estrategias de afrontamiento.*

## SUMMARY AND KEY WORDS

Child sexual abuse is an important social problem that affects large numbers of children, of both sexes, of all ages, in all cultures and social classes. It is a type of maltreatment that interferes with a child's development, causing a serious impact on his or her physical and psychological health. It is a problem difficult to detect because a large number of children do not disclose it or do so in adulthood.

**Objective:** The present work aims to determine the short- and long-term consequences of CSA, as well as identify the main coping strategies used by victims.

**Methodology:** It is a systematic bibliographic review in which the databases Pubmed, Cochrane review and Elsevier, books and electronic journals and resources of the Library of the University of Salamanca have been consulted.

**Results:** The main consequences of child sexual abuse are depression, anxiety disorders and post-traumatic stress disorder (PTSD), suicidal ideation, physical health problems and risky sexual behaviours. To face with this type of maltreatment, victims use different coping strategies, including approach and avoidance.

**Conclusion:** The effects of CSA and the coping strategies used depend on numerous factors such as the severity, duration or frequency of the abuse or the social support received. Healthcare professionals have a fundamental role in detecting and approach of this problem.

**Keywords:** *child sexual abuse, incidence, consequences, and coping strategies.*

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Historia**

El abuso sexual infantil (ASI) es un tipo de maltrato que ha estado presente en nuestras sociedades desde el comienzo de los tiempos. No obstante, esta problemática no se comenzó a investigar hasta los años 80.

Para comprenderlo, es necesario remontarse a la segunda parte del siglo XX, concretamente a los años 60, momento en el cual surge el primer artículo científico (Kempe y cols.) sobre el maltrato físico y sus consecuencias. Con posterioridad, entre los años 70 y 80, se contemplan nuevas formas de maltrato que se denominan “negligencia física” y “maltrato psicológico” o “maltrato emocional”. A partir de los años 80, investigadores de Estados Unidos y Canadá, indagan por vez primera sobre el “abuso sexual”, considerándolo otra forma de maltrato hacia el menor. Por su parte, en España, los abusos sexuales infantiles comienzan a ser estudiados en los años 90. (1)

Frente a esto, surgen los derechos del menor, por los que vela la Convención de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) del año 1989, la Carta Europea de los Derechos del Niño del año 1992 y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que reforma lo contenido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. (2)

Pese a los amplios avances, continúa sin existir un consenso internacional acerca de qué es en realidad el maltrato y sobre sus tipos y subtipos. Según el psicólogo español Félix López Sánchez, una de las razones es que el maltrato es un concepto cultural, social e histórico, precisado por las leyes de cada país. (1)

De acuerdo con esta línea de pensamiento, se establece la necesidad de evaluar la cultura, comprender el estado del menor y reconocer las nuevas tipologías de maltrato, con el objetivo de favorecer su bienestar e integración social.

### **1.2 ¿Qué es el abuso sexual infantil?**

En la literatura científica existen múltiples definiciones de abuso sexual infantil. Una de las más completas es la propuesta por el “National Center on Child Abuse and Neglect,” (NCCAN) en el año 1978 que considera abuso sexual infantil a los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto utiliza al niño para

estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual infantil puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño o cuando está en una situación de poder o control sobre otro menor.

Esta definición comprende no solo contactos sexuales, sino también otros comportamientos como la exposición del menor para producir pornografía, la prostitución infantil o el imponerle presenciar conductas exhibicionistas. (1)(3)

Por ende, múltiples autores consideran imprescindibles dos criterios en la definición de abuso sexual. Uno de ellos es el de coerción, que se define como la presión que ejerce el adulto o menor de 18 años sobre el niño para forzar su voluntad o su conducta. El otro es el de asimetría de edad, que se define como desigualdad de los participantes en experiencias, grado de madurez biológica y expectativas.

### **1.3 Epidemiología: Incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil**

El abuso sexual infantil constituye un fenómeno muy frecuente en nuestras sociedades y altamente complejo.

Con el fin de cuantificar el número de víctimas reales se han realizado numerosos estudios, fundamentalmente estudios de prevalencia y estudios de incidencia. Los estudios de prevalencia cuantifican los casos de abusos sexuales que la población adulta admite haber sufrido y se consideran más representativos; mientras que los estudios de incidencia cuantifican el número de casos ocurridos durante un periodo de tiempo. (1)

A este respecto, destaca la investigación realizada por Finkelhor (1994), autor que reunió en los años 80 y 90 estudios sobre abuso sexual infantil realizados en 15 países, entre ellos Australia, Canadá, Costa Rica, España, Estados Unidos, Grecia, etc. Los datos fueron obtenidos mediante cuestionarios, entrevistas y entrevistas telefónicas a población general y estudiantes. El tamaño de la muestra osciló entre 7349, en el caso de Finlandia y 279 en el caso de Santo Domingo. Los resultados del estudio (*tabla 1*) muestran que el porcentaje de niñas víctimas de abusos sexuales es superior al de niños en gran parte de los países. Por ejemplo, en España, según el estudio de López (1994), un 23% de niñas y un 15% de niños sufre abuso sexual infantil. Asimismo, en Estados Unidos, según el estudio de Finkelhor (1990), un 27% de niñas son víctimas de abuso sexual infantil frente a un 16% de niños. Por su parte, en países latinoamericanos como

Costa Rica, el porcentaje de abusos sexuales en niñas y niños es muy superior, un 32% y un 13% respectivamente.

Otro dato singular en España es el porcentaje ligeramente superior de niños víctimas de abusos sexuales infantiles con respecto al resto de países (un 15% en España frente a un 8% en Gran Bretaña). (4)

País y autor	Víctimas (%)		Tamaño muestral	Método	Respuesta (%)	Concepto
	M	H				
<b>Australia</b> (Goldman, 1988)	28	9	991 (Est.)	C	90	A
<b>Canadá</b> (Badgley, 1984)	18	8	2008 (N)	C	94	Ambos
<b>Costa Rica</b> (Krugman, N.P.)	32	13	497 (Est.)	C	99	A
<b>Dinamarca</b> (Leth, 1989)	14	7	1280 (N)	C	66	¿?
<b>España</b> (López, 1994)	23	15	2000 (N)	Ent.	82	A
<b>EE. UU.</b> (Finkelhor, 1990)	27	16	2626 (N)	Tlf	76	A
<b>Finlandia</b> (Sariola, 1985)	14	7	7349 (N)	C	89	A
<b>Gran Bretaña</b> (Baker, 1985)	12	8	2019 (N)	Ent.		A
<b>Grecia</b> (Agathonos, 1990)	10	4	746 (Est.)	C	95	A
<b>Holanda</b> (Draijer, 1990)	33		1054 (N)	Ent.	449	A
<b>Irlanda</b> (I. Council, N.P.)	7	5	500 (Lc.)	C		A
<b>Noruega</b> (Schei, 1990)	19	9	1017 (N)	C	48	A
<b>Nueva Zelanda</b> (Martin et al., 1993)	13		314 (Lc.)	C	74	E
<b>Santo Domingo</b> (Ruiz, 1987)	18		279 (Lc.)	C	¿?	¿?
<b>Suecia</b> (Ronstron, 1985)	9	3	938 (N)	C	93	A

**Tabla 1.** Prevalencia del abuso sexual infantil en 15 países del mundo (Finkelhor, 1994) (4)



*M: mujer, H: hombre, Est.: estudiantes, N: muestra nacional, Lc.: muestra local, C: cuestionario, Ent.: entrevista, Tlf: telefónica, A: concepto amplio, E: contacto solo.*

Por otro lado, un estudio subsiguiente realizado por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009) reunió 65 artículos, publicados entre 1965 y 2006 con datos de 22 países diferentes. Los resultados ponen de manifiesto que un 19,7% de mujeres y un 7,9% de hombres refieren haber sido víctimas de alguna forma de abuso o agresión sexual, con o sin contacto físico, previo a los 18 años. (5)

Igualmente, surgen otros estudios como el llevado a cabo por Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg (2011) que analizó las cifras de prevalencia de abuso sexual infantil reportadas en 2017 artículos publicados entre 1980 y 2008 en países de los cinco continentes. Los datos evidencian que un 18,0% de mujeres y un 7,6% de hombres han sufrido victimización sexual a lo largo de su vida. (6)

Por último, uno de los estudios más recientes es el realizado por Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia (2012). Se trata de una revisión de 55 investigaciones publicadas entre 2002 y 2009 con datos de 24 países. Los datos muestran que las mujeres presentan el doble o triple de riesgo de ser abusadas sexualmente durante la infancia y aproximadamente 1 de cada 10 mujeres se enfrenta a esta experiencia. (7)

En definitiva, los resultados de estas investigaciones muestran que el abuso sexual infantil es muy prevalente en todo mundo. Además, las niñas tienen más probabilidad de sufrir abusos sexuales que los niños, aunque la prevalencia en este último grupo también es elevada. (1) De igual modo, con independencia de las diferentes metodologías empleadas, los resultados han sido congruentes en muchos estudios y regiones. En lo que respecta al porcentaje de niños víctimas de abusos sexuales infantiles superior en nuestro país, el autor Félix López Sánchez, señala que puede ser debido a que muchos de ellos residieron en colegios e internados, lugares en los que se cometieron estas prácticas. (1)

#### **1.4 Clasificación**

Como se mencionó anteriormente, el abuso sexual infantil se presenta como un subtipo de maltrato. Pese a las múltiples clasificaciones efectuadas, la más completa es la realizada por Barnett, Manly y Cicchetti (1993), denominada Maltreatment Classification System (MCS), modificada en el 2005 en el Estudio Longitudinal sobre

Maltrato y Negligencia de los Menores (LONGSCAN). Esta clasificación divide el maltrato infantil en 5 tipos: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, abuso emocional y negligencia moral/legal/educativa. (8)

Por su parte, el abuso sexual infantil se puede clasificar según tres criterios. En primer lugar, según el punto de vista clínico, el abuso sexual puede ser con contacto físico (contactos con fines sexuales de cualquier zona del cuerpo del niño, masturbación, violación o penetración oral, vaginal o anal) o sin contacto físico (alentar a un niño a presenciar o escuchar actos sexuales, mostrarle pornografía, mostrarle los órganos sexuales con el objetivo de obtener excitación, explotarlo sexualmente por dinero, etc.). (3). En segundo lugar, según la duración, el abuso sexual puede ser agudo, que ocurre en una sola ocasión o crónico, que ocurre más de una vez y puede continuar durante años. (9). Por último, según el parentesco entre agresor y víctima, el abuso sexual puede ser intrafamiliar, cuando el abuso lo perpetúa un miembro de la familia, o extrafamiliar, cuando el agresor no es miembro de la familia. En ese caso, el agresor puede ser una persona desconocida o un conocido con el que el menor no comparte relación de consanguinidad. (10)

### **1.5 Factores de riesgo**

Cualquier niño o niña puede sufrir abuso sexual infantil, no obstante, algunas situaciones pueden incrementar su vulnerabilidad. Estos factores de riesgo se pueden clasificar en factores de riesgo individuales, familiares y sociales. (11)(12)

Los factores de riesgo individuales incluyen:

- Sexo femenino.
- Personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Se trata de un grupo más vulnerable; el menor presenta mayor dificultad para comprender lo que ocurre, defenderse y denunciarlo.
- Niños retirados de sus familias y bajo el sistema de protección.
- Menores de 4 años y adolescentes.
- Menores con carencias afectivas.
- Menores que crecen en un entorno violento.
- Historia previa de abuso.

En segundo lugar, los factores de riesgo familiares incluyen:

- Familias en las que existe una dinámica parental negligente.
- Familias monoparentales sin ayuda familiar o social.
- Historia familiar de maltrato (físico, psicológico o sexual).

En tercer lugar, los factores de riesgo sociales son:

- Existencia de un modelo económico de mercado en el que el menor es percibido como un elemento de consumo.
- Aparición y desarrollo del turismo sexual, un fenómeno del que son víctimas millones de niños, niñas y adolescentes según el “Estudio Global sobre la explotación sexual de la infancia y la adolescencia en los viajes y el turismo” dirigido por ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

- Conocer las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual en la infancia.

### **2.2 Objetivo secundario**

- Describir las principales estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas de abuso sexual infantil (ASI).
- Conocer los mecanismos para la detección del ASI.

## **3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

La estrategia de búsqueda de información y selección de estudios ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre el abuso sexual infantil, las consecuencias, las estrategias de afrontamiento y los procedimientos y medidas para su detección y prevención.

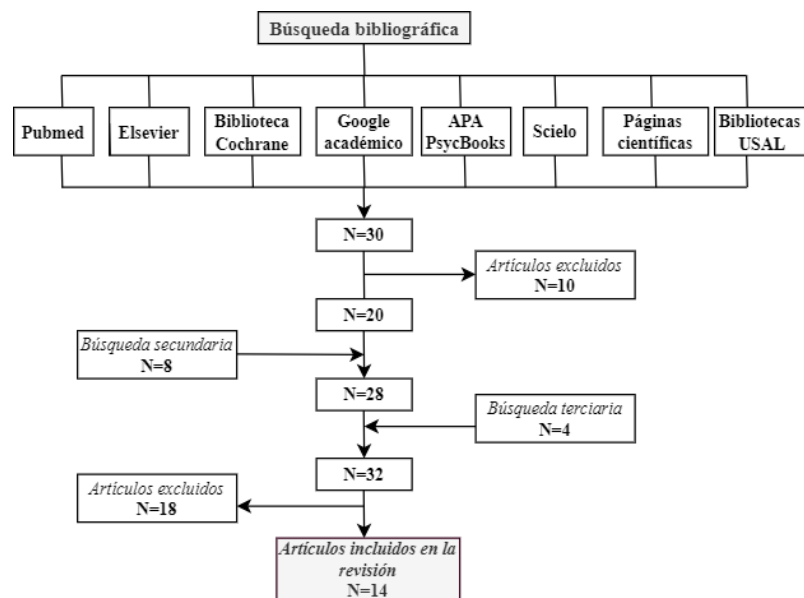
Las bases de datos bibliográficas y los buscadores de información revisados han sido: *Pubmed* (7), *Elsevier* (4), *Biblioteca Cochrane* (1), *Google Académico* (2) y *APA PsycBooks*, empleando términos MeSH y libres. Además, se ha recopilado información de sociedades científicas como el *Ministerio de Igualdad*, la *Federación*

*de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y el plan de Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria (FAPap).*

Por último, se han consultado 3 libros electrónicos sobre pediatría y salud mental proporcionados por la *Biblioteca de la Universidad de Salamanca*.

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios empleados en esta revisión han sido:

- Tipo de estudio: Se incluyeron revisiones sistemáticas y bibliográficas, metaanálisis, artículos de investigación, estudios analíticos, estudios longitudinales y estudios comparativos.
- Idioma: Se incluyeron los estudios escritos en español e inglés, excluyéndose aquellos en otros idiomas.
- Fecha de publicación: Con el objetivo de revisar la literatura más actual, se limitó la búsqueda a estudios publicados desde 2011 hasta la actualidad.
- Acceso: Solo han formado parte de la revisión los artículos de acceso gratuito a texto completo, descartando todos aquellos que estuvieran suscritos a una revista mediante pago.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del procedimiento de selección de estudios

<b>Estudio (autor, país, año)</b>	<b>Diseño del estudio y tamaño de la muestra</b>	<b>Resultados principales</b>	<b>Conclusión</b>
Barth, J. Bermetz, L. Heim, E. Trelle, S. Tonia, T. <i>Suiza, 2013</i>	<b>RS</b> 55 estudios de 24 países.	Teniendo en cuenta 4 tipos de ASI (sin contacto, con contacto, relaciones sexuales forzadas y abuso sexual mixto), las tasas de prevalencia oscilan entre el 8 y el 31% para las niñas y el 3 y el 17% para los niños.	Las encuestas realizadas en niños/as proporcionan las estimaciones más recientes de ASI.
Hailes, H. Yu, R. Danese, A. Fazel, S. <i>Reino Unido, 2019</i>	<b>RS</b> 19 metaanálisis que incluían 559 estudios.	El ASI se asocia con niveles elevados de resultados psicosociales, psiquiátricos y de salud física a largo plazo.	Se han demostrado asociaciones entre el ASI en la infancia y dos trastornos psiquiátricos (esquizofrenia y trastorno de estrés postraumático) y un trastorno psicosocial (abuso de sustancias).
Maniglio, R. <i>Italia, 2013</i>	<b>RS</b> 18 estudios que analizaron 2996 sujetos con trastorno bipolar.	El ASI en sujetos que padecen (o padecerán) un trastorno bipolar puede aumentar el riesgo de sufrir trastorno de estrés postraumático (TEPT), abuso de sustancias y comportamiento suicida.	Identificar el ASI, sus secuelas y abordarlo terapéuticamente puede mejorar el pronóstico de trastorno bipolar y disminuir el riesgo de psicopatología secundaria, suicidio y problemas con sustancias.
Lewis, T. McElroy, E. Harlaar, N. Runyan, D. <i>EE. UU., 2015</i>	<b>EC</b> 977 niños/as con edades de 4, 6, 8, 10, 12, 14 y 16 años.	Las víctimas de ASI presentan una mayor tasa de polivictimización y mayores problemas de interiorización y exteriorización en comparación con aquellos sin historia de abuso sexual. Además, los varones tienen mayores problemas de interiorización y	Es necesario abordar las consecuencias del ASI y comprender las posibles diferencias de género.

		en las mujeres estos aumentan con la edad.	
Yoon, Y. Cederbaum, J. Schwartz, A. <i>EE. UU., 2018</i>	<b>EA</b> 307 adolescentes de 16 o 18 años (135 varones y 172 mujeres).	La ideación suicida es más elevada en víctimas de ASI que en aquellas con otras experiencias de maltrato, independientemente de cualquier otro factor de protección.	La implementación de intervenciones preventivas eficaces puede reducir los resultados negativos en jóvenes que han sufrido ASI.
Abajobir, A. Kisely, S Maravilla, J. Williams, G. Najman, J. <i>2017</i>	<b>ES</b> 8 estudios sobre víctimas de ASI >18 años (excepto un estudio que incluyó una edad más temprana).	El ASI aumenta el riesgo de conductas sexuales de riesgo, tanto en hombres como en mujeres, aunque es mayor para las mujeres en los casos de abuso confirmado.	Es necesario proporcionar a las víctimas de ASI intervenciones adecuadas que incluyan apoyo familiar y social, educación sexual y reproductiva, etc.
Cantón-Cortés, D. Cortés, M. <i>España, 2015</i>	<b>RB</b> Estudios publicados respecto al ASI.	El reemplazo de estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, la supresión de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y la promoción de un estilo de apego seguro puede ser beneficioso a la hora de prevenir futuros problemas causados por el ASI.	Los programas de intervención y tratamiento deben enfocarse en las variables que intervienen en la aparición de los problemas y efectos causados por el ASI.
Yüce, M. Karabekiroğlu, K. Yildirim, Z. Şahin, S. Sapmaz, D. Babadağı, Z. Turla, A. Aydin, B. <i>Turquía, 2015</i>	<b>E</b> 590 víctimas de ASI de entre 1 y 18 años.	Un 75,2% de las víctimas de ASI fueron diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico, entre ellos trastorno depresivo, TEPT, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad y trastorno de conversión.	La presencia de incesto, la agresión física asociada y una larga duración desde el primer abuso hasta la primera evaluación psiquiátrica predice mayores tasas de trastornos psiquiátricos. relacionados con el ASI.
Séguin-Lemire, A.	<b>EL</b>	Según los padres y educadores, las víctimas de ASI,	Centrarse en la regulación de las

Hébert, M. Cossette, L. Langevin, R. <i>Canadá, 2016</i>	47 niños/as abusados sexualmente y 74 niños/as no abusados, con edades entre 3 y 7 años.	especialmente los varones, presentan más labilidad y negatividad emocional y tienen menores competencias de regulación de las emociones que los niños del grupo de comparación.	emociones en una intervención temprana puede contribuir a reducir los problemas de conducta y la psicopatología en niños abusados sexualmente.
Hébert, M. Langevin, R. Oussaïd, E. <i>Canadá, 2018</i>	<b>AI</b> 309 niños/as abusados sexualmente (edad media= 9,07) y su progenitor no agresor.	Varios niños víctimas de ASI sufren al menos otra forma de maltrato. En este sentido, el trauma infantil acumulado se asocia con mayores niveles de desregulación emocional, disociación y problemas de conducta.	Fomentar la regulación de las emociones podría disminuir la disociación y favorecer la adaptación de los niños víctimas de abusos.
Cantón-Cortés, D. Cantón, J. Justicia, F. Cortés, M. <i>España, 2011</i>	<b>E</b> 163 mujeres víctimas de ASI.	La gravedad del abuso, relación con el agresor y tipo de actos cometidos incrementa las atribuciones de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación.	Es fundamental el empleo de una intervención temprana con víctimas de ASI con el fin de modificar las atribuciones que realizan sobre el abuso y el modo en que lo afrontan.
Hébert, M. Lavoie, F. Blais, M. <i>Canadá, 2014</i>	<b>EA</b> 694 estudiantes de secundaria de Quebec víctimas de ASI (573 chicas y 121 chicos).	La resiliencia y el apoyo materno y de los compañeros disminuye el riesgo de desarrollar síntomas significativos de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de ASI.	Es necesario diseñar una intervención eficaz que ofrezca asistencia a los adolescentes víctimas de ASI, así como a los miembros de su familia y a su red social.
Macdonald, G. Higgins, J. Ramchandani, P. Valentine, J. Bronger, L. Klein, P. Taylor, M. <i>2012</i>	<b>RB</b> 10 ensayos con 847 participantes (niños/as y jóvenes de hasta 18 años).	El empleo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de pacientes víctimas de ASI puede tener un impacto positivo sobre las secuelas del abuso, incluyendo la depresión, el TEPT, la ansiedad y los problemas de conducta.	Existe evidencia de la efectividad de la TCC, pero tal y como señala este estudio, es necesario realizar ensayos de forma más cuidadosa.

<i>Lemaigre, C.</i> <i>Taylor, E.</i> <i>Gittoes, C.</i> <i>Reino Unido,</i> <i>2017</i>	<b>RS</b> 13 estudios con 658 mujeres y 421 hombres.	Los jóvenes víctimas de ASI se enfrentan a una serie de barreras (apoyo limitado, percepción de consecuencias negativas y sentimientos de autculpabilidad, vergüenza y culpa) cuando deciden revelar dicho abuso.	Es necesario desarrollar programas de intervención en la escuela que faciliten la revelación. Además, estos deben alentar a los miembros de la familia, amigos y profesionales a identificar los indicios de ASI, preguntar y saber responder si se produce la revelación.
--	--	---	--

**Tabla 2.** Artículos incluidos en la revisión

El total de artículos incluidos en la revisión fue de 14, entre ellos 5 revisiones sistemáticas (RS), 2 revisiones bibliográficas (RB), 2 estudios analíticos (EA), 2 estudios (E), un artículo de investigación (AI), un estudio comparativo (EC) y un estudio longitudinal (EL).

#### 4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

##### 4.1 Factores que intervienen en los efectos del abuso sexual infantil

##### 4.1.1 Características del abuso, de la víctima y del agresor

La naturaleza del abuso sexual infantil, incluyendo el tipo de abuso, su duración y frecuencia, así como el tipo de relación entre agresor y víctima o la edad de ambos, puede determinar la gravedad de los posibles efectos. (13) (14)

Por un lado, muchos niños experimentan distintas formas de maltrato. En este sentido, se ha demostrado que, aunque el ASI por sí solo es suficiente para producir disfunciones importantes, la presencia de trauma infantil acumulativo conduce a consecuencias conductuales y psicológicas más graves que las experiencias únicas de trauma. (15) Además, según un estudio realizado por Yoon, Cederbaum y Schwartz (2018), los menores con historia de abuso sexual tienen una mayor ideación suicida que los jóvenes maltratados sin historia de abuso. (16)

De igual modo, muchos estudios sugieren que la persistencia y la recurrencia del abuso están asociados con resultados más adversos. (17) Según el psicólogo Félix López Sánchez esto es porque la repetición del abuso incrementa la probabilidad de



culpabilidad por parte del menor por no haber impedido la reiteración del abuso y porque las relaciones más continuadas entre agresor y víctima pueden comportar otros factores de riesgo. (1)

Por otro lado, el agresor puede ser una persona conocida (familiar o no) o desconocida para el menor. A este respecto, diversos estudios sugieren que una relación más cercana entre agresor y víctima está asociada con resultados más adversos.(14) De acuerdo con el estudio realizado por Yüce (2015), el abuso será más perjudicial si el agresor es alguien conocido por el menor y en quien confía y si el abuso viola esa confianza. Además, según el mismo estudio, los delitos sexuales que ocurren en un contexto familiar tienen más probabilidades de mantenerse ocultos y, por tanto, es más probable que no sean denunciados por la víctima.

Por último, los estudios que han investigado el sexo y edad del agresor concluyen que la gran mayoría son varones adultos de mediana edad. No obstante, no se puede afirmar que exista un determinado tipo de agresor. (1)

#### **4.1.2 Factores situacionales**

Los factores situacionales también tienen efectos significativos en el ajuste psicológico en menores víctimas de abuso sexual infantil. Según Cantón-Cortés, la disfunción familiar aumenta la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, además de aumentar sus consecuencias cuando se han producido. (14)

Tal y como indican los estudios, las víctimas no solo no tienen las mismas competencias personales para afrontar el trauma, sino que además no todas se benefician del mismo entorno familiar o red extrafamiliar para ayudarlos en este proceso. Situaciones familiares y ambientales estresantes como por ejemplo escaso vínculo afectivo, pobreza, analfabetismo familiar, consumo de sustancias, violencia doméstica o conflictos determinan la gravedad de las posibles consecuencias. (18)

Los investigadores han determinado que una relación positiva con los progenitores puede desempeñar un papel crucial en la forma en que las víctimas afrontan el abuso sexual tanto a corto como a largo plazo. Además, los/as hermanos/as también pueden revelarse como una importante fuente de ayuda y apoyo emocional. De igual modo, otras personas que se encuentran fuera del entorno familiar, como los compañeros, pueden tener una función esencial. De hecho, algunos estudios indican que los adolescentes son más propensos a recurrir a sus compañeros en busca de apoyo

emocional, especialmente si el abuso sexual involucra a un miembro de la familia y el apoyo emocional no está disponible en el entorno familiar. (19)

Asimismo, otros estudios sugieren que las relaciones cercanas entre familia y víctima pueden desempeñar un papel importante para facilitar la revelación del abuso sexual. La reducción de los posibles sentimientos de culpa y autoculpabilidad por parte del entorno puede animar al menor a revelar sus experiencias de abuso. Por el contrario, la falta de comprensión o el apoyo limitado pueden impedir dicha revelación. (20)

#### **4.1.3 Estrategias de afrontamiento**

Cuando se hace frente a una experiencia traumática como es el abuso sexual, las víctimas desarrollan distintas estrategias de afrontamiento. Como se mencionó anteriormente, las estrategias empleadas, al igual que los efectos producidos, dependen de muchos factores, entre ellos la gravedad del abuso, su duración, frecuencia o la percepción o evaluación que el individuo hace de la situación.

Lazarus y Folkman (1986) definieron en su Teoría Transaccional del Estrés el concepto de afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. (16)

Actualmente, las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar de diferentes formas. La más utilizada es la que las divide en aproximación (estrategias dirigidas hacia una amenaza) y evitación (estrategias que se distancian de la amenaza). Según Cantón-Cortés, el empleo de estrategias de evitación, que incluye distanciamiento o negación, se asocia con un peor ajuste psicológico tras una experiencia de abuso sexual infantil. Por el contrario, el empleo de estrategias de aproximación, que incluyen búsqueda de apoyo social o aceptación, se asocia con un mejor ajuste psicológico. (14)

En este sentido, según un estudio llevado a cabo por Séguin-Lemire, Hébert, Cossette y Langevin (2017), la expresión y conciencia de las emociones por parte de la víctima, aspecto incluido dentro las estrategias de afrontamiento por aproximación, es indicativo de una adecuada competencia de regulación de las emociones. (21)

Otro estudio elaborado por Hébert, Lavoie y Blais (2017) concluyó que la obtención de apoyo (tanto materno como de los compañeros) se asoció con un mejor ajuste

psicológico, reduciendo el riesgo de desarrollar síntomas de trastorno de estrés postraumático. (19)

Por otro lado, según la clasificación de Lazarus y Folkman, existen dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción. El primero de ellos puede considerarse como intentos de modificar un factor estresante; mientras que el segundo tiene como objetivo gestionar o regular las emociones que pueden acompañar a un factor estresante o ser el resultado de éste. (16)

De acuerdo con esta línea, algunos estudios indican que el uso del afrontamiento centrado en la emoción predice síntomas de ansiedad y depresión, así como mayor probabilidad de inestabilidad emocional e inadaptación por parte de las víctimas. Por el contrario, el uso del afrontamiento centrado en el problema reveló un mejor ajuste en los adolescentes víctimas de ASI. (16)

Como conclusión, la consideración de una estrategia de afrontamiento como adaptativa supone tener en cuenta varios factores como la capacidad de la víctima para manejar la situación, el contexto en que se produce y el apoyo social, entre otros.

## **4.2 Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil**

El abuso sexual infantil (ASI) se ha asociado con multitud de consecuencias físicas, psicológicas y comportamentales. Además, estas se pueden clasificar en consecuencias a corto y a largo plazo.

### **4.2.1 Consecuencias a corto plazo**

Las consecuencias a corto plazo pueden aparecer inmediatamente después del abuso sexual, pero también pueden aparecer en las posteriores semanas o meses.

Algunos estudios, como el realizado por Félix López Sánchez, concluyen que entre el 60 y el 80% de todos los menores víctimas de ASI se ven afectados a corto plazo en distinto grado. Además, entre un 20 y un 30% de víctimas logran seguir con su vida sin cambios relevantes y, entre un 17 y un 40% refieren síntomas clínicos importantes. El resto presenta síntomas menores. (1)

Por tanto, según los estudios, durante la infancia, las consecuencias a corto plazo más comunes son los problemas somáticos, que incluyen problemas en el sueño o pérdida del control de esfínteres; problemas emocionales, como síntomas de ansiedad y depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ideación suicida o baja

autoestima; problemas de relación, que incluyen el retraimiento social o problemas de conducta como conductas sexuales de riesgo. (14)(17)

Así pues, se ha informado de que los menores víctimas de abusos sexuales tienen mayor número de parejas sexuales, un inicio más temprano de la actividad sexual y relaciones sexuales sin protección más frecuentes que los niños que no han sido víctimas de abuso. (17)

Otro estudio, el realizado por Séguin-Lemire, Hébert, Cossette y Langevin (2017), reveló que, según los padres, los niños abusados sexualmente presentaban más labilidad y negatividad emocional y tenían menores competencias de regulación de las emociones que los niños que no habían sufrido abusos. Estos problemas fueron reportados poco después de la revelación del abuso y persistieron años después. Así, los menores, especialmente los niños, tenían menos empatía y menos expresión de las emociones. (21)

De igual modo, los sentimientos que el menor experimenta inmediatamente después del abuso incluyen la vergüenza, la culpa, el miedo, el asco, la desconfianza o la hostilidad y agresividad. (1)

#### **4.2.2 Consecuencias a largo plazo**

En general, los estudios han informado de una disminución de la sintomatología a lo largo del tiempo. (14) No obstante, otros estudios han sugerido que las víctimas de ASI pueden presentar los denominados “efectos durmientes”, mostrando poco malestar inmediatamente después del abuso y, con el tiempo, un aumento de la psicopatología. (22) (23) Siguiendo esta línea, algunos investigadores sugieren que los menores abusados sexualmente que son inicialmente asintomáticos pueden desarrollar trastornos psiquiátricos graves años después del trauma. (17) (7)

En primer lugar, los adultos víctimas de abuso sexual infantil presentan mayor probabilidad de sufrir problemas emocionales como trastornos de ansiedad y depresión mayor. Según el estudio de Yüce (2015), el trastorno depresivo mayor es el principal trastorno asociado al trauma. (17)

Por el contrario, otros estudios han encontrado que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la consecuencia más común del abuso sexual a largo plazo. Los criterios de diagnóstico de este trastorno se definen por síntomas de intrusión, evitación de

estímulos relacionados con el trauma e hiperactividad. (19) En este sentido, según un estudio realizado por Maniglio (2013), los jóvenes que han sufrido formas más graves o múltiples formas de abuso en la infancia tienen más probabilidades de presentar trastorno de estrés postraumático en la edad adulta. (24)

Asimismo, en varios estudios, el abuso sexual infantil se ha asociado con la ideación suicida posterior, las amenazas o los intentos. (16)

En segundo lugar, el abuso sexual infantil predijo otros problemas de conducta como el abuso de sustancias. (25) Además, otros estudios destacan la presencia de problemas de comportamiento externalizados (agresividad, delincuencia, etc.) e internalizados (angustia, quejas somáticas, etc.). Los resultados de un estudio elaborado por Lewis, McElroy, Harlaar y Runyan (2015) indicaron que los individuos con una historia de abuso sexual tenían significativamente más problemas de exteriorización e interiorización a lo largo del tiempo en comparación con aquellos sin historia de abuso. (22)

Por otro lado, el abuso sexual infantil se asocia con una serie de comportamientos sexuales de riesgo. Por ejemplo, la participación temprana en relaciones sexuales sin protección, la disfunción sexual, las múltiples parejas sexuales, el sexo casual y la prostitución son comunes en hombres y mujeres que han sufrido abusos sexuales. Según un estudio realizado por Abajobir, Kisely, Maravilla, Williams y Najman (2017), estas conductas pueden comportar problemas de salud reproductiva importantes como infertilidad, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, VIH). En este sentido, existe una serie de enfoques que explican el mecanismo que asocia ASI y comportamientos sexuales de riesgo. En primer lugar, la baja autoestima, la falta de bienestar psicosocial, las estrategias de afrontamiento por evitación o las dificultades de relación pueden conducir a comportamientos de riesgo. En segundo lugar, la traición, la culpa o la impotencia que experimenta la víctima pueden conducir a ello. Por último, la presencia de trastornos mentales u otros problemas como el abuso de sustancias puede estar relacionado con estos comportamientos. (18)

Por tanto, todos los resultados de los estudios revisados indican que el ASI está asociado con múltiples consecuencias a largo plazo. De hecho, las revisiones concluyen que el ASI es un factor de riesgo para un gran número de trastornos

psicológicos como la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), las ideas suicidas, así como problemas de salud física y comportamientos sexuales de riesgo. (19)

#### **4.3 Prevención del abuso sexual infantil**

De acuerdo con el manual elaborado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), la erradicación del abuso sexual infantil es un reto de toda la sociedad. Esta labor requiere el desarrollo de programas de intervención que engloben tres elementos: la formación de los distintos profesionales, la máxima coordinación de los servicios que actúan con los niños y niñas desde las cinco áreas relacionadas con este desafío (educativo, sanitario, social, policial y judicial) y la constitución de servicios especializados de tratamiento para las víctimas y los agresores. (26)

Siguiendo esta línea, es necesario reforzar la formación de los profesionales sobre el ASI, especialmente en aquellos involucrados en la atención a niños y adolescentes. En este sentido, destaca el papel de los docentes, encargados de educar y promover la adquisición de valores y habilidades sociales, y también la labor de los profesionales de enfermería, encargados de la promoción de la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Según el manual citado, la formación de los profesionales debe estructurarse en tres ejes: prevención, detección e intervención. (26)

De igual forma, se tiene que trabajar con el resto de la sociedad (familia, compañeros, etc.). Es necesario una mayor formación en educación afectivo-sexual y una mayor implicación de la sociedad para prevenir y rechazar esta problemática.

##### **4.3.1 Niveles de prevención**

Las medidas de prevención del ASI se pueden plantear desde tres niveles: primario, secundario y terciario.

- La prevención primaria incluye todas las medidas encaminadas a impedir que se produzcan casos de abuso sexual e incluye, por ejemplo, las campañas de información y sensibilización sobre el problema del abuso sexual infantil.
- La prevención secundaria engloba las acciones que se desarrollan con las poblaciones que presentan un mayor riesgo de sufrir abuso sexual.
- Por último, la prevención terciaria comprende todas las acciones realizadas en una zona en la que ya se ha producido un caso de ASI.

Así, los principales objetivos de la prevención son la visibilización del problema, la adecuada formación de profesionales y sociedad y la intervención en los casos en los que ya se ha producido el abuso. (26)

#### **4.4 Detección del abuso sexual infantil**

El principal obstáculo para la detección del ASI es la falta de revelación por parte del menor. El acto de revelar es clave para detener el abuso y motivar la intervención legal y terapéutica, sin embargo, no todos los niños que sufren ASI lo confiesan. Según estudios, hasta un 60-70% retrasa la revelación hasta la edad adulta. (20)

No obstante, la detección del ASI se puede lograr por otras vías como la observación del comportamiento de la víctima o por la información que aporten terceras personas.

Es importante señalar que los indicadores del ASI no son necesariamente específicos y, por tanto, la ausencia de alguno de éstos no descarta la existencia de abuso. Principalmente vamos a hablar de indicadores sintomáticos, conductuales y físicos. (27) (28)

En primer lugar, los principales indicadores sintomáticos y conductuales que encontramos en los niños en edad preescolar son:

- Inquietud, irritabilidad y llanto aparentemente sin motivo.
- Problemas en el sueño.
- Conductas regresivas, por ejemplo: retraso en el lenguaje o pérdida del control de esfínteres.
- Masturbación coercitiva.

En los niños en edad escolar los principales indicadores sintomáticos y conductuales son:

- Trastornos del aprendizaje y el sueño.
- Cambios de humor.
- Alteración en los hábitos alimentarios.
- Conductas hipersexualizadas.

Por último, en los adolescentes se percibe:

- Retraimiento social.
- Ausencia de confianza.

- Abandono del hogar.
- Abuso de sustancias (alcohol y drogas).
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia).
- Ideación suicida.

En segundo lugar, algunos indicadores físicos son:

- Molestias en los genitales, al orinar o defecar.
- Presencia de heridas o lesiones en la zona peribucal, anal y genital.
- Secreción vaginal, infecciones del trato urinario frecuentes, etc.

Por tanto, el objetivo es desarrollar programas que alienten a los niños a revelar su situación junto con aquellos que permitan identificar a los miembros de la familia, los compañeros o profesionales los signos de abuso sexual y responder adecuadamente en caso de que se produzca la confesión. (20)

## **5. CONCLUSIÓN**

El abuso sexual infantil continúa siendo un grave problema de salud pública que atenta contra la integridad de niños y niñas. La naturaleza del abuso contribuye a la aparición de diferentes consecuencias a corto y a largo plazo y al empleo de estrategias de afrontamiento.

Por un lado, el abuso sexual infantil se asocia a un mayor riesgo de trastornos psicológicos como la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ideación suicida, los problemas de salud física y los comportamientos sexuales de riesgo.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas se clasifican en dos tipos: la aproximación y la evitación. Así, la aproximación se ha asociado con un mejor ajuste psicológico, mientras que la evitación se asocia a un peor ajuste psicológico por parte de las víctimas.

Asimismo, existe gran discrepancia entre la elevada prevalencia de los abusos sexuales y el bajo número de casos que son detectados y denunciados. Esto es debido a los sentimientos de culpa, vergüenza y/o a la falta de apoyo social que experimenta el menor y que impiden o dificultan la revelación. En este sentido, es necesario que la



sociedad en general y los profesionales en particular sean capaces de prevenir, detectar y abordar esta problemática, destacando el papel del profesional de enfermería que trabaja con niños/as y adolescentes.

En conclusión, se necesitan más estudios que analicen la asociación entre la naturaleza del abuso sexual infantil y los resultados y estrategias de afrontamiento posteriores.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. López Sánchez F. Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual. Síntesis; 2014. p. 258
2. González Fernández CT, Rodríguez López MA. Aspectos éticos y legales de la atención a la infancia. En: Rodríguez López MA, González Fernández CT, Megías Plata D (coords.). Enfermería del niño y el adolescente. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE) [Internet]. 2019. [citado 10 enero 2021]; p. 79–100. Disponible en: [https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search\\_type=2&search\\_entity=&id\\_pub\\_grp=29&view=&ordenar\\_Relevancia=&q=Aspectos+%C3%A9ticos+y+legales&ordenacion=on&opcion=com\\_encuentra&task=showContent&id\\_pub\\_cont=9&id\\_articulo=12433](https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=29&view=&ordenar_Relevancia=&q=Aspectos+%C3%A9ticos+y+legales&ordenacion=on&opcion=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=9&id_articulo=12433)
3. Pérez Candás JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Abuso sexual infantil. Form Act Pediatr Aten Prim [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]; 12;87–96. Disponible en: [https://fapap.es/files/639-1786-RUTA/05\\_Abuso\\_sexual.pdf](https://fapap.es/files/639-1786-RUTA/05_Abuso_sexual.pdf)
4. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl. [Internet]. 1994 [citado 10 enero 2021]; 18(5):409–17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213494900264>
5. Pereda Beltrán N. ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. Papeles del Psicol. [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2021]; 37(2):126–33. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2697.pdf>
6. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat. [Internet]. 2011 [citado 10 enero 2021]; 16(2):79–101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21511741/>
7. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. Int J Public Health [Internet]. 2013 [citado 10 enero 2021]; 58(3):469–83. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-012-0426-1>
8. Huffhines L, Tunno AM, Cho B, Hambrick EP, Campos I, Lichty B, et al. Case file coding of child maltreatment: Methods, challenges, and innovations in a

- longitudinal project of youth in foster care. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2016 [citado 12 enero 2021]; 67:254–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138207>
9. Pereda N. El espectro del abuso sexual en la infancia. *Psicopatología y Salud Ment.* [Internet]. 2010 [citado 12 enero 2021]; (16):69–78. Disponible en: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Pereda-Noemi-16.pdf>
  10. Gil Arrones J, de Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). *Congreso de Actualización Pediatría 2020*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0 [Internet]. 2020 [citado 12 enero 2021]; 195–203. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/195-204\\_Abuso%20sexual%20infantil.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/195-204_Abuso%20sexual%20infantil.pdf)
  11. Burgić Radmanović M. Mental disorders in sexually abused children. *Psychiatr Danub.* [Internet]. 2020 [citado 20 enero 2021]; 32(Suppl 3):349–352. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33030451/>
  12. de Manuel Vicente C. Detectando el abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet] 2017 [citado 20 enero 2021]; 19 (Supl 26): 39-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300005&lng=es).
  13. Cantón-Cortés D, Cantón J, Justicia F, Cortés MR. Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: El rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema* [Internet]. 2011 [citado 30 marzo 2021]; 23(1):66–73. Disponible en <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9054>
  14. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *An Psicol / Ann Psychol* [Internet]. 2015 [citado 30 marzo 2021]; 25;31(2 SE-):552–61. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.2.180771>
  15. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 [citado 30 marzo 2021]; 225:306–12.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5777856/>

16. Yoon Y, Cederbaum JA, Schwartz A. Childhood sexual abuse and current suicidal ideation among adolescents: Problem-focused and emotion-focused coping skills. *J Adolesc* [Internet]. 2018 [citado 30 marzo 2021]; 67:120–8. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197118301027>
17. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahin S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. *Noro Psikiyatr Ars* [Internet]. 2015 [citado 30 marzo 2021]; 52(4):393–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28360746>
18. Abajobir AA, Kisely S, Maravilla JC, Williams G, Najman JM. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [citado 30 marzo 2021]; 63:249–60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213416302848>
19. Hébert M, Lavoie F, Blais M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 [citado 30 marzo 2021]; 19(3):685–94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679324/>
20. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [citado 30 marzo 2021]; 70:39–52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213417302053?via%3Dihub>
21. Séguin-Lemire A, Hébert M, Cossette L, Langevin R. A longitudinal study of emotion regulation among sexually abused preschoolers. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [citado 30 marzo 2021]; 63:307–16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213416302885?via%3Dihub>
22. Lewis T, McElroy E, Harlaar N, Runyan D. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective

- examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016 [citado 30 marzo 2021]; 51:31–40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213415004408?via%3DiHub>
23. Macdonald G, Higgins JP, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [citado 30 marzo 2021]; (5). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001930.pub3>
  24. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* [Internet]. 2013 [citado 30 marzo 2021]; 15(4):341–58. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12050?saml\\_referrer=](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12050?saml_referrer=)
  25. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 30 marzo 2021]; 6(10):830–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015702/>
  26. Horno Goicoechea P. Formación de profesionales: una estrategia imprescindible para erradicar el abuso sexual infantil. *Federacion de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil* [Internet]. 2011 [citado 30 marzo 2021]. Disponible en: [www.fapmi.es](http://www.fapmi.es)
  27. Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, Barrera Bonis AC, Menéndez Suso JJ, Ruiz Domínguez JA. *Pediatría general*. En: *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.; 2018. p. 2434.
  28. París Mancilla E, Sánchez I, Beltramino D, Copto García A. *Abuso sexual*. En: *Meneghello Pediatría*. 6th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S. A.; 2013. p. 1300.